

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

799

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

GIRARD Raymond-Joannès-Marius

né le 31 Octobre 1910, à Querqueville (Manche)

**Contribution à l'Etude de la Salpingite
après Accouchement,
et en particulier de la Salpingite Droite,
se révélant par une Douleur au point
de Mac. Burney.**

Président : M. JEANNIN, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE BOISSART & COURAUD

142, avenue Emile-Zola

1936

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

GIRARD Raymond-Joannès-Marius

né le 31 Octobre 1910, à Querqueville (Manche)

**Contribution à l'Etude de la Salpingite
après Accouchement,
et en particulier de la Salpingite Droite,
se révélant par une Douleur au point
de Mac. Burney.**

Président : M. JEANNIN, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE BOISSART & COURAUD

142, avenue Emile-Zola

1936

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale.	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale ..	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Cardiologie clinique	LAUBRY.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 BENARD Henri. Pathologie médicale.
 BERNARD Et. .. Pathologie médicale.
 BESANÇON Just. Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER . Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDARD D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
 DE GENNES .. Pathologie médicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBE Henri .. Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUEJOUL . Obstétrique.
 LAROCHE Guy . Pathologie médicale.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 Mlle J. LEVY.. Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiâtrie.
 MENEGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET ... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIEVRE . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SANNIE Chimie biologique.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 PHILIBERT ... Bactériologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

MM.		MM.	
ALAJOUANINE .	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale
AUBERTIN		BROCQ	
BRULE		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER	
CHIRAY		HEITZ-BOYER ..	
DONZELOT		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		SCHWARTZ	
PASTEUR-VALLE- RY-RADOT...		VELTER	
SEZARY			

MM.	
ECALLE	} Clinique obstétricale.
GUENIOT	
LE LORIER	
LEVY-SOLAL ...	
METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé	Microbiologie.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend donner aucune approbation ni improbation.

Docteur Raymond GIRARD

de la Faculté de Médecine de Paris

Ex-interne de l'Hôpital de Fontainebleau

**Contribution à l'Etude de la Salpingite
après Accouchement,
et en particulier de la Salpingite Droite,
se révélant par une Douleur au point
de Mac. Burney.**

PARIS

IMPRIMERIE BOISSART & COURAUD

142, avenue Emile-Zola

1936

A MES GRANDS-PARENTS

In memoriam

A MA GRAND-MERE

A MON PERE

A MA MERE

Témoignage de mon fidèle respect.

A M. LE PROFESSEUR JEANNIN

Pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette Thèse.

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

MM. LES PROFESSEURS : ACHARD
DEL BET
BAUDOUIN
LEREBoullet
LENORMANT
GUILLAIN

MM. LES DOCTEURS : CHIFOLIAU
CHIRAY

A MES MAITRES

MM. LES DOCTEURS : Clément MATRY

Pierre PHILARDEAU

Anciens Internes des Hôpitaux de Paris
Chirurgiens de l'Hôpital de Fontainebleau

*Qu'ils trouvent ici le faible témoignage de
ma très vive reconnaissance.*

A M. LE DOCTEUR CORDEY

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Médecin-Chef de l'Hôpital de Fontainebleau

Témoignage de mon profond respect.

A. M. LE DOCTEUR VAN DEN BOSSCHE

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Chef de Clinique à la Faculté
O. R. L. de l'Hôpital

*En reconnaissance de la sollicitude qu'il n'a
cessé de nous témoigner.*

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

INTRODUCTION

Au cours de nos années d'internat à l'hôpital de Fontainebleau, nous avons eu en traitement dans le service des Docteurs Matry et Philardeau quatre malades qui ont particulièrement retenu notre attention.

Il s'agissait de jeunes femmes venant d'accoucher et qui présentèrent vers le troisième jour de leur suite de couches un syndrome analogue à une crise appendiculaire. Le tableau ressortissait, au moins dans trois cas, exclusivement à une salpingite unilatérale droite.

Les problèmes posés par ce syndrome nous ont paru intéressants à résoudre et c'est pourquoi nous avons cherché dans cette thèse les différents aspects de la question, en nous attachant particulièrement aux points de vue anatomique, clinique et thérapeutique.

Nous remercions vivement Monsieur le Professeur Jeannin, de nous avoir encouragé et d'avoir bien voulu agréer nos conclusions.

Nous sommes reconnaissant au Docteur Philardeau de nous avoir guidé dans ce travail. Nous l'avons aidé à opérer deux des malades ; au cours de ces interventions, nous avons pu nous rendre compte de la

position exacte de la trompe dans les jours qui suivent l'accouchement. Cette position subordonne et explique le syndrome clinique.

Il nous est apparu enfin, en relisant la littérature médicale que les annexites puerpérales sont bien connues, mais que l'attention des cliniciens n'était pas particulièrement attirée sur la salpingite unilatérale droite.

Il nous a donc paru utile et intéressant de publier et d'étudier les quatre observations qui sont relatées plus loin dans ce travail.

ETUDE ANATOMIQUE

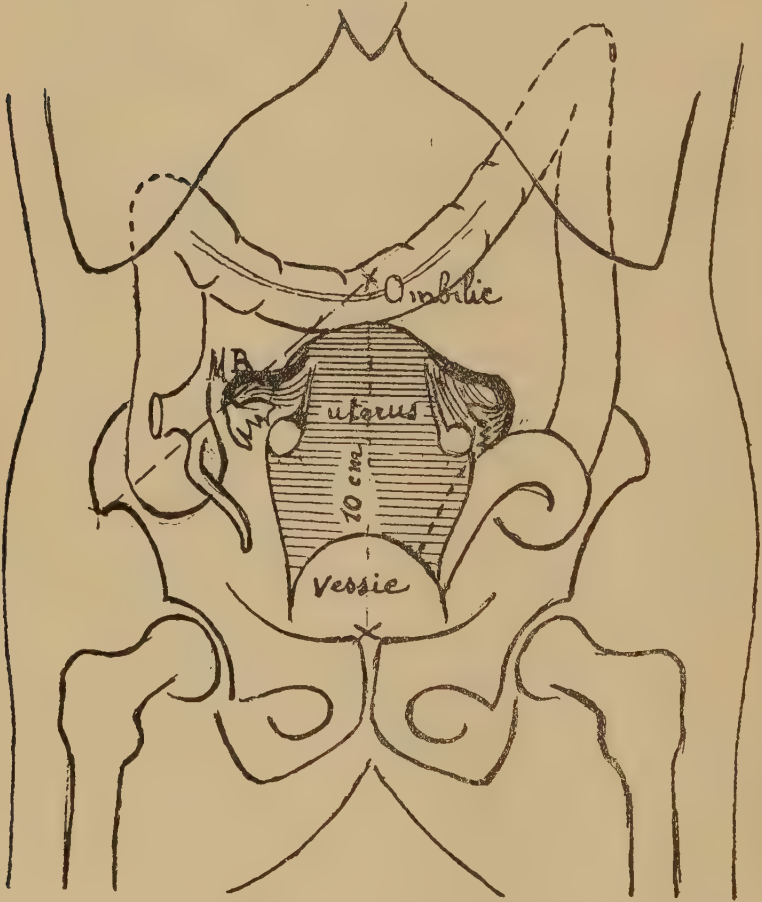
Pourquoi la salpingite aiguë apparaissant le troisième jour après l'accouchement donne-t-elle comme symptôme principal une douleur violente localisée dans la fosse iliaque droite, avec un maximum correspondant au point de Mac Burney ?

Sans vouloir nous astreindre à une étude rigoureuse et détaillée des différents rapports de l'utérus et des annexes après la grossesse et des variations de ces rapports au cours de l'involution utérine, un simple rappel anatomique suffira à faire comprendre et expliquer la possibilité de cette douleur localisée au milieu d'une ligne joignant l'épine iliaque antéro supérieure à l'ombilic.

Aussitôt après l'accouchement, l'utérus, et par suite les annexes qui le suivent au cours de son involution, commencent leur régression qui, en douze jours, d'organes abdominaux en fait des organes pelviens.

Les modifications de volume que subit l'utérus pendant les suites de couches ont été étudiées par différents auteurs en prenant comme points de repaire l'ombilic et le pubis. Depaul a trouvé que le fond de l'utérus remonte à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic le premier jour, le deuxième jour il se

trouve à hauteur de l'ombilic, le troisième jour à environ un demi travers de doigt au-dessous de celui-ci. C'est à cette période de l'évolution utérine que, dans les quatre observations que nous rappor-



tons par ailleurs, les annexes nous ont semblé correspondre rigoureusement par suite de la diminution transversale du diamètre de l'utérus, au milieu de la

ligne joignant l'épine iliaque antéro supérieure à l'ombilic.

La figure ci-jointe fera mieux comprendre qu'une longue description notre façon de voir à ce sujet.

C'est en nous basant sur cette observation qu'il nous a été possible de poser par deux fois un diagnostic qui sans cela s'avérait proprement inexplicable.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Nous nous trouvons en présence d'une malade accouchée il y a trois jours, accusant une violente douleur accompagnée de nausées, siégeant dans la fosse iliaque droite, présentant une température relativement élevée.

S'agit-il d'une appendicite aiguë ou d'une salpingite droite ?

Question grosse de conséquences pour l'avenir de la malade ; le diagnostic posé pouvant, s'il s'agit d'une appendicite aiguë, sauver la vie du sujet.

Le Professeur Mondor, dans son ouvrage « Diagnostics urgents », cite deux observations, l'une du Professeur Lardénnois, l'autre du Professeur Labey à propos desquelles il met en garde le praticien sur la difficulté du diagnostic d'appendicite aiguë apparaissant aussitôt après un accouchement.

Dans la première, le diagnostic porté fut exact, l'intervention sauva la malade ; dans la seconde le médecin temporisa et, d'après le rapport du Professeur Labey, semblait bien avoir songé à une réaction annexielle ; trois interventions et deux années furent nécessaires pour rattraper les quelques jours perdus.

Sur quels signes peut-on se baser pour discriminer

ces deux affections si proches par tous leurs symptômes tant subjectifs qu'objectifs ?

Le début est identique : l'affection se révèle par une violente douleur localisée à droite dans les cas qui nous intéressent avec un maximum correspondant au point de Mac Burney ; une élévation de température qui peut osciller entre 38° et 40°, enfin un état nauséux presque toujours sans vomissements.

La palpation permet de mettre en évidence une contracture de la paroi abdominale siégeant dans la fosse iliaque droite, accompagnée d'hyperesthésies. Aucune douleur à gauche pouvant servir de point de repaire en vue d'orienter le diagnostic.

Le toucher bi-manuel ne révèle ni douleur, ni empatement dans le cul de sac droit, fait expliqué par la position haute de la trompe et la localisation de la réaction à cette dernière.

Divers auteurs, qui ont étudié avec soin le diagnostic des appendicites de la grossesse, recommandent quelques signes qui, à leur avis, permettraient un diagnostic plus aisé. Frankel recommande d'examiner la femme en décubitus latéral gauche. Jaworsky note l'accroissement des douleurs par le soulèvement du membre inférieur droit. Brindeau, réveille la douleur à droite par la pression du flanc gauche de l'utérus. Lepage dans son « Précis d'obstétrique », tout en reconnaissant la difficulté du diagnostic de la salpingite puerpérale aiguë, note qu'elle se traduit par de la douleur avec irradiation du côté des lombes, par de la fièvre avec paroxysmes vespéraux, de la constipation ; au palper par une douleur latéro utérine. Mal-

heureusement, il est fréquent que tous ces signes fassent défaut.

Dans tous les cas qui nous ont intéressé, nous nous sommes basés pour porter le diagnostic de salpingite aiguë sur l'étude :

1° de la courbe de température ; en effet, dans la salpingite, l'élévation de température apparaît en même temps que la douleur ou même la précède, dans un de nos cas de 24 heures ; dans l'appendicite, par contre, c'est l'inverse qui se produit, la douleur précède constamment l'élévation de température.

2° des signes fournis par l'examen. On peut en palpant la femme successivement en décubitus latéral droit et gauche, mettre en évidence une masse latéro utérine qui semble suivre l'utérus dans ses déplacements successifs. De plus, la douleur dans la salpingite semble presque toujours naître et mourir sur place alors que dans l'appendicite on retrouve une douleur coecale constamment dissociée du corps utérin.

Malgré ces signes positifs, que nous nous sommes constamment efforcés de mettre en évidence chez les sujets que nous avons examinés, on voit combien il peut être difficile de porter un diagnostic affirmatif et par suite de mettre en œuvre la thérapeutique appropriée.

THERAPEUTIQUE

Quelle conduite tenir ? Nous envisagerons successivement les deux cas possibles :

1° Le diagnostic ferme de salpingite aiguë a été porté.

2° Le diagnostic n'a pu discriminer entre appendicite aiguë et salpingite aiguë.

Dans la première hypothèse, abstention chirurgicale absolue. Ainsi que l'a conseillé le Professeur Jeanin on ne doit jamais pratiquer une salpingectomie en crise aiguë, un traitement médical approprié doit être institué. Il consiste en vaccination, application d'une vessie de glace sur l'abdomen, repos absolu jusqu'à disparition complète de la douleur et de la fièvre.

Dans le second cas, il est rationnel d'intervenir. L'appendicectomie est bénigne et ne gêne en rien les suites de couches. Si au cours de l'intervention, on trouve une appendicite et une salpingite concomitantes nous conseillons vivement de pratiquer une appendicectomie et de respecter soigneusement la trompe.

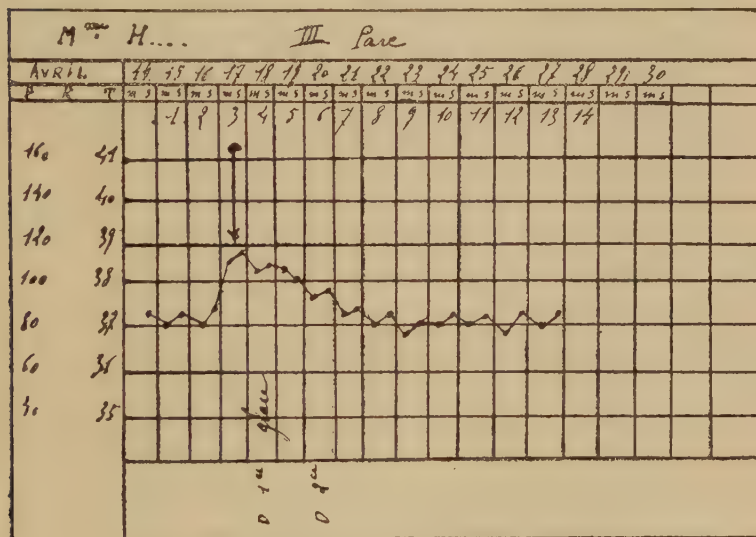
OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Mme H..., troisième pare, accouchée le 14 avril 1935, à la maternité de l'hôpital.

Accouchement normal, délivrance spontanée complète.

Les 15 et 16 avril, évolution habituelle des suites de couches, lochies assez abondantes sans odeur.



OBS. I

Le 17 avril, la malade se plaint d'une violente douleur siégeant dans la fosse iliaque droite, apparue au cours de la nuit, s'accompagnant de quelques nausées, mais sans vomissements,

La feuille de température met en évidence un crochet à 38°5 ; le pouls est en rapport. L'état général est bon.

L'anamnèse permet de retrouver dans les antécédents de la malade deux crises semblables diagnostiquées « Appendicite aiguë ».

L'examen de la malade montre des lochies normales sans odeur, semblables à celles des jours précédents.

A la palpation l'abdomen est souple dans l'ensemble, l'utérus en régression régulière, non douloureux. Par contre, la fosse iliaque droite présente une légère contracture de la paroi accompagnée d'hyperesthésie.

En palpant avec douceur on localise une zone douloureuse avec un maximum correspondant à un point situé au milieu de la ligne unissant l'épine iliaque antéro supérieure à l'ombilic, c'est-à-dire exactement au point de Mac Burney ;

On pratique un toucher vaginal qui ne décèle ni douleur ni empatement dans les culs de sacs vaginaux.

On porte le diagnostic d'appendicite aiguë ; cependant, celui de salpingite aiguë n'étant pas éliminé d'une façon absolue on décide de mettre la malade en observation pendant quelques heures avec application d'un traitement médical approprié.

Les symptômes, et en particulier la douleur au point de Mac Burney, persistant malgré ce traitement, l'intervention est décidée.

COMPTE RENDU OPERATOIRE : après l'ouverture du péritoine qui donne issue à un liquide séreux, on tombe sur une trompe droite en réaction, mais sans pus.

L'appendice n'est pas apparent, on le trouve rétro-coecal remontant vers le foie, gros et légèrement enflammé.

On pratique une appendicectomie, mais on évite avec soin de toucher à la trompe.

Fermeture complète en trois plans.

Suites opératoires très bonnes, la malade guérit parfaitement après vaccination et application d'une vessie de glace sur la fosse iliaque droite.

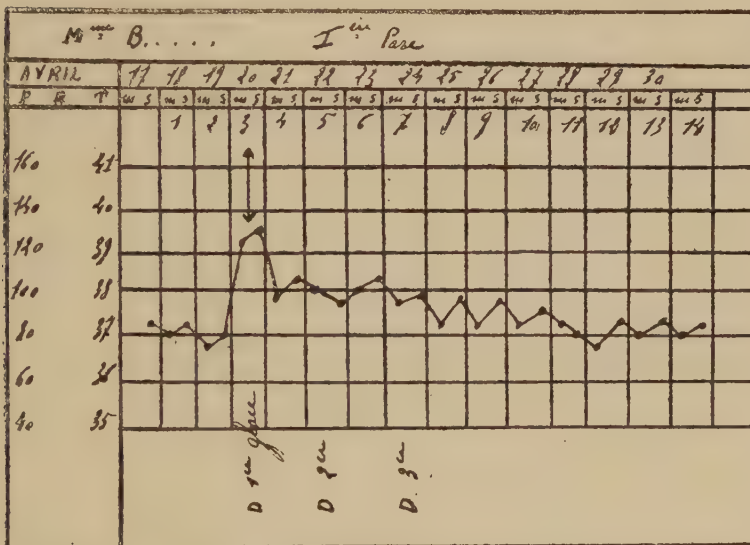
Elle sort du service le 30 avril 1935.

OBSERVATION II

Mme B... 34 ans, première pare, accouchement normal à terme à la maternité de l'hôpital le 17 avril 1935.

Les deux premiers jours, suites de couches normales.

Le 20 avril : à la visite du matin la sage-femme nous dit



OBS. II

que la malade se plaint d'une violente douleur siégeant dans la fosse iliaque droite apparue il y a environ deux heures survenant par crises durant quelques minutes.

Les lochies sont normales.

Température 39°3. Pouls à 120.

L'état général est bien conservé entre les crises ; la malade a accusé quelques nausées mais sans vomissements.

La palpation montre un ventre souple, sauf dans la région de la fosse iliaque droite où la paroi est en légère contracture avec hyperesthésie ; on met facilement en évidence une douleur assez violente avec exacerbation au point de Mac Burney.

L'utérus n'est pas douloureux, on ne perçoit aucune masse accolée.

Le toucher vaginal montre des culs de sacs souples indemnes de toute douleur ou empâtement.

On porte le diagnostic d'appendicite aiguë, l'intervention immédiate est décidée.

COMPTE RENDU OPERATOIRE : l'ouverture du péritoine donne issue à un liquide séreux. L'appendice est intact, par contre, on constate une forte réaction des annexes, la trompe droite est du volume d'un pouce et l'ovaire sensiblement augmenté.

On pratique une appendicectomie, on évite avec soin de toucher aux annexes.

SUITES OPERATOIRES : on institue un traitement médical, glace et vaccination.

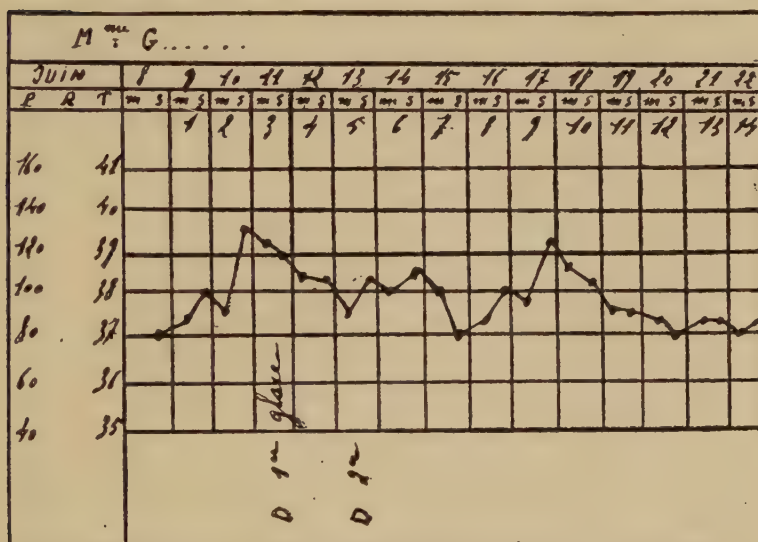
La température cède peu à peu et le quinzième jour la malade sort du service complètement guérie.

OBSERVATION III

Mme G..., 26 ans, troisième pare, accouchement à terme, normal ; fait en ville le 8 juin 1936, par une sage-femme.

Le 9 juin : légère ascension de température sans aucune douleur.

Le 10 juin : la malade commence à se plaindre d'une dou-



OBS. III

leur siégeant dans la fosse iliaque droite accompagnée d'une élévation de la courbe thermique à 39°5. Pouls à 120. Elle accuse en outre quelques nausées, mais n'a pas vomé.

Devant ces symptômes, la sage-femme décide d'appeler un médecin en consultation. La malade est vue par le Doc-

teur Philardeau, qui se trouve en présence d'une femme accusant une violente douleur dans la fosse iliaque droite avec température et nausées.

Les lochies sont normales. L'état général est très bon.

A l'examen, une douleur franche est localisée au point de Mac Burney, sans irradiation. On met en évidence une légère contracture de la paroi qui, vaincue, permet de percevoir une petite masse qui semble accolée au flanc droit de l'utérus qui, lui, n'est aucunement douloureux.

Le toucher vaginal complètement indolore permet de sentir des culs de sacs vaginaux absolument souples.

Se basant sur :

1° L'ascension précoce de température, précédant de 24 heures l'apparition de la douleur.

2° La sensation d'une petite masse accolée au corps utérin, le médecin, malgré la localisation de la douleur et l'absence de toute réaction à gauche, porte le diagnostic de salpingite catarrhale aiguë et décide de soumettre la malade à un traitement médical approprié tout en la maintenant sous un contrôle sévère.

Sous l'action du traitement, la température cède et revient à la normale le septième jour.

On supprime la glace.

Le lendemain, nouvelle ascension de la température qui remonte à 39°2 avec réapparition de la douleur dont le maximum ne siège plus au point de Mac Burney, mais, fait corroborant, le diagnostic porté, semble avoir suivi l'utérus dans sa migration vers le petit bassin.

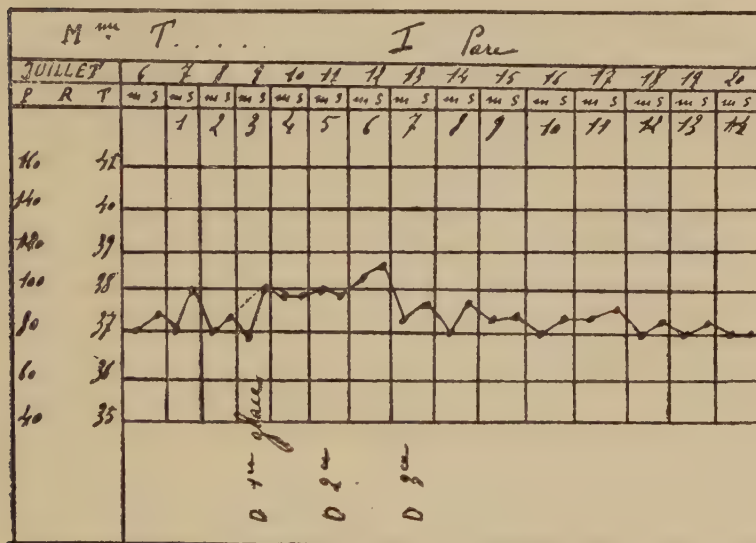
Le traitement médical est repris, la température cède à nouveau, la douleur disparaît et le 14^e jour, tout est rentré dans l'ordre.

OBSERVATION IV

Mme T... accouchement à terme à l'hôpital le 6 juillet 1936.

Les 7 et 8 juillet : température $37^{\circ}2$; lochies normales.

Le 9 juillet : à notre contre-visite du soir, nous nous trouvons en présence d'une malade qui se plaint d'une violente



OBS. IV

douleur qui, dit-elle, siège dans le côté droit et est apparue brusquement au cours de l'après-midi, accompagnée de quelques nausées ; la feuille de température montre un crochet à 38° .

A l'examen, l'abdomen respire bien, l'utérus n'est pas dou-

loureux, d'ailleurs les lochies le laissent prévoir ; par contre, on constate une contracture de la paroi abdominale accompagnée d'hyperesthésie dans la fosse iliaque droite.

La palpation douce et profonde permet de préciser le siège du maximum douloureux qui se trouve correspondre rigoureusement au point de Mac Burney, et de sentir une petite masse qui semble accolée à l'utérus.

Le toucher vaginal montre des culs de sacs intacts.

On ne peut mettre aucune douleur en évidence dans la fosse iliaque gauche.

L'état général bien conservé, les signes d'examen précités, tout en n'éliminant pas d'une façon absolue le diagnostic d'appendicite aiguë nous font porter celui de salpingite aiguë.

Un traitement médical est immédiatement instauré, le quatrième jour suivant cet épisode aigu, la fièvre cède totalement, la douleur devient pratiquement insignifiante et, fait corroborant également dans ce cas le diagnostic porté, on la met en évidence, non plus exactement au point de Mac Burney, mais bien deux travers de doigt au-dessous de ce dernier.

Le 20 juillet : la malade quitte le service et semble complètement guérie.

ETUDE CRITIQUE

Essayons de voir maintenant quels sont les signes qui, dans les observations rapportées ci-dessus, nous ont fait porter par deux fois le diagnostic d'appendicite aiguë et deux fois celui de salpingite aiguë ; dans les deux premiers cas, ce diagnostic ayant entraîné l'intervention et dans les deux autres la temporisation.

Dans la première : au cours de cette intervention nous avons eu la surprise de trouver la coexistence d'une appendicite aiguë et d'une salpingite aiguë, tous les signes cliniques semblant bien revenir à cette dernière. Les lésions trouvées avaient suffi, nous semblait-il, à expliquer la demi erreur ou plutôt l'insuffisance du diagnostic porté.

Dans la seconde le diagnostic d'appendicite aiguë a été fermement porté. A l'intervention nous nous sommes trouvé en présence non d'une appendicite mais bien d'une salpingite simple que nous avons d'ailleurs rigoureusement respectée. Dans ce cas, nous nous sommes trouvé, ainsi que le relate l'observation, devant une affection présentant tous les signes d'une appendicite, l'examen le plus attentif ne nous avait pas permis d'éliminer ce diagnostic, en intervenant, nous nous sommes montré fidèle à notre ligne de conduite exposée précédemment.

Dans les deux dernières le diagnostic clinique de salpingite a été porté, semble-t-il, à bon escient, puisqu'un traitement médical a suffi pour guérir les malades et leur éviter le risque même bénin d'une intervention.

Pourquoi dans ces deux derniers cas, nous sommes-nous décidé pour une expectative prudente ? Mis en éveil par nos deux premiers exemples, nous avons procédé à une analyse encore plus complète de tous les signes objectifs fournis par l'examen.

Insistant particulièrement sur la palpation de la fosse iliaque droite au cours de la recherche du point douloureux, dans ces deux cas nous avons pu mettre en évidence, en examinant la malade successivement en position latérale droite et gauche, une petite masse latéro-utérine paraissant accolée au flanc droit de l'utérus et se déplaçant avec ce dernier ; de plus, l'absence de toute douleur coecale, d'irradiation de la douleur, et l'étude de la courbe de température qui, chaque fois, a mis en évidence son ascension, précédant une fois de vingt-quatre, l'autre de quelques heures l'apparition du point douloureux, nous ont permis de porter avec quelque certitude le diagnostic de salpingite aiguë.

CONCLUSIONS

La salpingite aiguë survenant après un accouchement, peut entraîner une grosse difficulté de diagnostic lorsqu'elle est localisée à droite.

En effet, vers le troisième jour après l'accouchement, lorsque l'utérus commence son involution, la situation de la trompe droite coïncide exactement avec le point de Mac Burney.

II

S'agit-il d'une appendicite aiguë ou d'une salpingite droite ?

Le début est identique : douleur localisée à droite, élévation de température, état nauséux, le toucher bimanuel ne révèle pas de douleur dans le cul de sac droit, car la trompe se trouve haut placée.

S'il y a une réaction, même légère, au point symétrique gauche on est en droit de penser à une salpingite double ; mais s'il n'existe aucune douleur à gauche, on peut, en analysant les signes révélés par le toucher combiné au palper, constater que la salpingite est accolée au flanc utérin semblant faire corps avec

lui, tandis que l'appendicite se révèle par une douleur surtout coécale et pouvant être dissociée du corps utérin.

Enfin, dans la salpingite, l'élévation de température apparaît en même temps que la douleur ou même la précède, tandis que dans l'appendicite c'est l'inverse qui se produit.

Le diagnostic différentiel s'avère donc particulièrement délicat et quelquefois impossible.

III

Quelle est donc la conduite à tenir ?

Toutes les fois qu'un doute sérieux se présente, il est rationnel d'intervenir. L'appendicectomie, en effet, est bénigne et ne gêne pas les suites de couches.

IV

Nous rapportons les quatre observations suivantes :

a) dans l'une le diagnostic était fort douteux, car la malade avait eu des crises d'appendicite antérieures. L'opération révéla une appendicite et une salpingite concomitantes.

b) dans la deuxième, l'appendicectomie fut pratiquée, car aucun symptôme ne permettait de préciser le diagnostic de salpingite. L'intervention révéla une salpingite droite banale.

c) dans deux cas enfin, aucune intervention ne fut

pratiquée, les signes signalés plus haut militant en faveur du diagnostic de salpingite.

V

S'il n'est pas nuisible d'enlever l'appendice, il peut n'être pas anodin de pratiquer une salpingectomie en crise aiguë ; aussi nous sommes-nous contentés d'enlever l'appendice.

Nos malades ont guéri avec un traitement vaccinal approprié et des applications de glace sur l'abdomen.

Vu et permis d'imprimer

Vu : *Le Président de Thèse* :
JEANNIN.

Vu : *Le Doyen* :
ROUSSY.

Vu : *Le Recteur* :
CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- A. APAJALAHTI. — Zur inflammatorischen actiologie der tubenschwangenschaft - (acta soc. Med. fem. doud. (ser. B.) N° 1-16 : 1 186-1931).
- BAR, BRINDEAU, CHAMBERLAN. — La pratique de l'art des accouchements.
- BAUDET. — Grossesse et salpingites-ovarites. (Th. Paris 1921).
- A. A.-CLÉMENT. — Contribution à l'étude de la salpingite dans ses rapports avec la grossesse et la puerperalité (Paris) 8° Nantes 1906.
- DUBRISAY-JEANNIN. — Précis d'accouchement.
- LAURENTIE. — Salpingite et grossesse (Sté obst. et gyn. de Toulouse 28 janvier 1925).
- LUNMANZIN-LAUNOTTE. — Salpingo-ovarite et grossesse (Th. Paris 1924).
- MÉRAT. — Salpingite et gestation (Th. Paris 1926).
- RIBEMONT, DESSAIGNES, LEPAGE. — Traité d'obstretique.
- RIPTES. — Salpingite et grossesse (zent. f. gyn. 1923, p. 395).

